

Zmiany ról zarządczych lekarzy w szpitalach: czego możemy się nauczyć od Brytyjczyków?¹

Nadesłano: 10.07.12 | Zaakceptowany do druku: 05.11.12

Marcin Kautsch*

Kathy Hartley**

Niniejszy artykuł przedstawia rolę *medical managers* i nastawienie do nich prezentowane przez brytyjskich i polskich lekarzy oraz ewolucję tego nastawienia w ostatnich dekadach. Artykuł powstał na podstawie analizy literatury, dokumentów systemowych, statystyk dotyczących ochrony zdrowia oraz wywiadów półstrukturyzowanych.

W wyniku badania stwierdzono, że w przeszłości lekarze niechętnie podejmowali rolę zarządcze w brytyjskim systemie ochrony zdrowia, natomiast w polskim – byli nimi zainteresowani. Zmiany w obu krajach (większa orientacja rynkowa, polityka prowadzona w Wielkiej Brytanii) zmieniły omawiane nastawienie lekarzy. Obecnie w Wielkiej Brytanii lekarze wykazują chęć podejmowania ról zarządczych, a w Polsce w publicznych szpitalach lekarze są mniej zainteresowani takimi stanowiskami, w związku z pojawianiem się większych korzyści finansowych za wykonywanie zadań klinicznych. W szpitalach prywatnych natomiast lekarze lepiej rozumieją potrzebę współpracy z menedżerami i z innymi grupami zawodowymi.

Słowa kluczowe: lekarze, role zarządcze, szpitale.

Change of managerial roles of doctors in hospitals: what can we learn from the British?

Submitted: 10.07.12 | Accepted: 05.11.12

This paper surveys the attitudes to managerial roles shown by Polish and British doctors and their evolution over the past decades. The paper is based on a review and analysis of literature, policy documents, healthcare statistic sand semi-structured interviews.

Results of this research show that in the past doctors were reluctant to assume managerial roles in the UK system, whereas they were actually keen to do so in the Polish one. Changes in both countries (more market orientation in both countries, UK state policy) changed the doctors' attitude to management. In the UK, doctors are at the moment more interested in taking on managerial responsibilities, while in Poland they are less interested in doing so in public hospitals due to the financial incentives attached to clinical work. In private hospitals, however, doctors understand the need for collaboration with general managers and other professional groups.

Keywords: doctors, managerial roles, hospitals.

JEL: I19, H49, D29

* **Marcin Kautsch** – dr, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum.

** **Kathy Hartley** – dr, Leeds University Business School, Leeds.

Wstęp

Trudno przecenić wpływ lekarzy na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Podejmują oni decyzje kliniczne, które decydują o zdrowiu i życiu pacjentów. Decyzje te mają jednak także istotne implikacje ekonomiczne i zarządcze, gdyż każda decyzja kliniczna wiąże się z kosztem świadczenia usługi (lub kosztem zaniechania tego świadczenia). Świadomość lekarzy dotycząca powyższych zależności i ich chęć (niechęć) do zaangażowania się w tworzenie rozwiązań optymalnych, także z punktu widzenia organizacyjnego i finansowego, będą więc miały kluczowe znaczenie dla funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia (np. szpitali), a przez to całego systemu ochrony zdrowia.

Według socjologa medycyny Eliota Freidsona (1994; 2001) instytucje ochrony zdrowia mogą być zorganizowane w oparciu o trzy zasady bądź logikę organizacyjną. Zbiór ww. zasad obejmuje: zasady i wartości profesjonalne (zwane logiką profesjonalizmu), zasady rynkowe lub konsumpcjonizm (pacjenci wybierają spośród wielu różnych dostawców) oraz zasady biurokratyczne lub menedżerskie, na podstawie których menedżerowie planują, organizują i oceniają świadczone usługi oraz uzyskane rezultaty. Przywołany autor stwierdził, że jeżeli zasady rynkowe lub biurokratyczne zaczynają dominować w zarządzaniu takimi instytucjami, jak szpitale, może to mieć potencjalnie negatywne skutki dla grup profesjonalnych w nich pracujących, a przez to – ich klientów. Tezę tę poparli Hafferty i Light (1995), szczególnie w odniesieniu do profesji medycznej (lekarzy). Freidson (1994; 2001) dowodził, że wśród zawodów profesjonalnych dochodzić będzie do podziałów, gdyż członkowie poszczególnych grup będą chronić swoją autonomię i status, starając się zdobyć pozycję „elity administracyjnej” lub przejąć funkcje zarządcze. Z jednej strony, w ciągu kilku ostatnich dekad wielu lekarzy w różnych krajach europejskich objęło stanowiska menedżerskie (Neogy i Kirkpatrick, 2009). Z drugiej zaś – w krajach postkomunistycznych stanowiska zarządcze w ochronie zdrowia zaczęły obejmować osoby niebędące lekarzami, gdyż przez wiele lat na czele szpitali stali właśnie lekarze, nie menedżerowie.

Lekarzy pełniących w Wielkiej Brytanii funkcje (role) zarządcze (por. poniżej) określa się mianem *medical managers*. Termin „menedżer medyczny”, który byłby dosłownym tłumaczeniem ww. określenia nie przyjął się w Polsce w stosunku do lekarzy pełniących funkcje zarządcze. Stosowany jest on do określenia osób pełniących funkcje zarządcze w firmach zajmujących się sprzedażą wyrobów leczniczych (np. leków) bądź osób z wykształceniem niekoniecznie lekarskim zajmujących się problematyką zarządzania² lub zarządzaniem podmiotem leczniczym³.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie, jak w obu krajach wygląda pełnienie przez lekarzy funkcji zarządczych, nastawienie do pełnienia przez nich tych funkcji oraz ewolucja tego nastawienia w ostatnich latach. We

wnioskach przedstawiono możliwy scenariusz dalszej ewolucji nastawienia lekarzy do pełnienia funkcji menedżerskich w Polsce i wskazano na konieczność uzyskania akceptacji lekarzy do pełnienia przez nich ww. funkcji.

Metodologia

Z czynników, które mają wpływ na rozwój ról menedżerskich wśród lekarzy z obu krajów zdecydowano się przeanalizować:

- a) funkcjonowanie, w tym finansowanie systemów ochrony zdrowia,
- b) sposób zatrudniania i szkolenia lekarzy oraz
- c) role zarządcze, jakie są podejmowane przez lekarzy w obu krajach.

Oparto się na danych zebranych w publicznie dostępnych źródłach (OECD, Główny Urząd Statystyczny) oraz dokumentach programowych National Health Service (NHS). Przeanalizowano także istniejącą literaturę opisującą zaangażowanie lekarzy w zarządzanie w Wielkiej Brytanii. Poszukiwania i analiza polskiej literatury przedmiotu pokazały, że na omawiany temat ukazało się bardzo niewiele pozycji, które można byłoby wykorzystać. Dlatego też zdecydowano się przeprowadzić półstrukturyzowane wywiady z osobami uznanymi za ekspertów w badanej dziedzinie. Osobami tymi były:

- a) z-ca dyrektora publicznego szpitala,
- b) prezes zarządu prywatnego szpitala,
- c) prezes okręgowej izby lekarskiej,
- d) były prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum,
- e) prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych.

W pracy wykorzystano także doświadczenia autorów w pracy z zakładami opieki zdrowotnej oraz wnioski płynące z rozprawy doktorskiej brytyjskiej współautorki niniejszego artykułu, która to rozprawa jest obecnie na ukończeniu.

Systemy zdrowotne w obu krajach

Zarówno w Wielkiej Brytanii, jak i w Polsce od lat dziewięćdziesiątych XX wieku systemy opieki zdrowotnej ewoluowały w kierunku bardziej rynkowym. W Polsce było ono związane z transformacją systemową, jaka nastąpiła po upadku komunizmu w roku 1989.

Obecnie finansowany ze środków publicznych NHS w Wielkiej Brytanii zorganizowany jest na zasadach quasi-ryнку/ryнку wewnętrznego (Dopson, 2009; Ferlie i in., 1996). Wprowadzony został rozdział płatnika od dostawcy usług. Rolę płatnika odgrywają obecnie trusty opieki podstawowej (ang. *primary care trusts*), które wykupują usługi specjalistyczne w szpitalach należących do NHS. Zgodnie ze swoją nazwą, wspomniane trusty są jednocześnie odpowiedzialne za świadczenie usług podstawowej opieki zdrowotnej. Zarządy trustów opieki podstawowej oraz szpitali odpowiadają

za finansowe i kliniczne wyniki osiągane przez prowadzone przez siebie jednostki. Od 2002 roku wprowadzane są także *foundation trusts*, które mają znacznie większą swobodę działania i odpowiedzialność za swoje funkcjonowanie, i pod tym względem przypominają samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (sp zoz) w Polsce.

O podobnych rozwiązaniach do tych, jakie zaszły na rynku brytyjskim, można mówić w przypadku Polski. Rozdział płatnika i dostawcy usług rozpoczął się w połowie lat dziewięćdziesiątych XX wieku wraz z wprowadzeniem kontraktowania usług zdrowotnych – z jednostkami niepublicznymi (1994), na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Rozporządzenie, 1993) oraz publicznymi (1996) na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Zarządzenie, 1995). W tym drugim przypadku jednostki publiczne musiały zostać przekształcone z jednostek (zakładów) budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Przekształcenia były początkowo dobrowolne. W roku 1999 wraz z wejściem w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Ustawa, 1997), wszystkie zakłady musiały się przekształcić w sp zoz-y lub sprywatyzować. Kolejnym krokiem, który zmierzał do jeszcze większego urynkowienia systemu było (jest) przekształcanie szpitali w spółki, które w intencji ustawodawcy miało służyć większej odpowiedzialności za szpital i poprawie zarządzania nim (Uchwała, 2009). Wraz z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej (Ustawa, 2011) należy oczekiwać coraz większej liczby zakładów przekształconych w spółki, ponieważ ustawa ta nie przewiduje możliwości tworzenia nowych sp zoz-ów.

W Polsce na koniec 2010 roku było 795 szpitali ogólnych, z których 286 było szpitalami niepublicznymi (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2011). Na podstawie niepełnych danych (wrzesień 2010) wiadomo, że 105 szpitali było jednostkami przekształconymi z sp zoz-ów w spółki decyzją jednostek samorządu terytorialnego (Ministerstwo Zdrowia, 2010). Liczba szpitali rośnie, głównie za sprawą nowopowstających szpitali niepublicznych. Należy jednak rozróżnić szpitale faktycznie niepubliczne – prywatne, czyli takie, których właściciele są instytucjami/osobami prywatnymi, i quasi-niepubliczne, których właścicielem są nadal w 100% jednostki samorządu terytorialnego (Kaczor i Kautsch, 2011).

O istotnej zmianie warunków zarządzania szpitalami można mówić w Polsce od roku 1999, kiedy to przestały one (w znakomitej większości) podlegać administracji rządowej i zostały przekazane jednostkom samorządu terytorialnego różnych szczebli oraz uczelniom medycznym. Wspomniane przekształcenia (w sp zoz-y, a następnie w spółki) sprawiły, że szpitale stały się niezależnymi instytucjami, które pokrywają swoje koszty z uzyskiwanych przychodów i są odpowiedzialne za ewentualne długi. Kierownik (dyrektor)

publicznego szpitala może być ukarany do wysokości trzech swoich pensji za długi szpitala. W przypadku szpitala niepublicznego, prezes zarządu spółki odpowiada za dług do jego całkowitej wysokości.

O wzroście udziału sił rynkowych w kształtowaniu relacji w systemie ochrony zdrowia w Polsce świadczy także relatywnie duży (oceniany na ok. 30%) i rosnący udział w finansowaniu ww. systemu sektora prywatnego; zjawisko to ma także miejsce w innych byłych krajach socjalistycznych (Ryc i Skrzypczak, 2009).

Role zarządcze

Analiza zebranego materiału pozwala stwierdzić, że w obu krajach lekarze odgrywają podobne role zarządcze. W obu krajach nie ma także żadnych formalnych (prawnych) wymagań dotyczących kwalifikacji zarządczych, jakie mieliby posiadać lekarze obejmujący kierownicze stanowiska (np. dyrektora medycznego, ordynatora). Natomiast szpitale mogą (i podejmują takie działania) określić własne kryteria dotyczące ww. kwalifikacji.

Programy nauczania na studiach lekarskich w obu krajach tradycyjnie koncentrowały się na pozyskaniu przez studentów wiedzy klinicznej. Niektórzy lekarze, zajmujący stanowiska zarządcze bądź planujący ich objęcie, na własną rękę poszukiwali możliwości zdobycia stosownych kwalifikacji, np. podejmując studia MBA (Kitchener, 2000; Thorne, 1997). Od roku 2005 w Wielkiej Brytanii pojawiły działania na rzecz włączenia umiejętności menedżerskich do studiów medycznych (przed- i podyplomowych) prowadzone pod hasłem *przywództwa klinicznego*. Działania te były silnie popierane przez decydentów. Akademie medyczne, które przez długi czas opierały się tym próbom „wciągnięcia” lekarzy do zarządzania obecnie same wspierają rozwój tego typu umiejętności. Przededefiniowano bowiem pojęcie profesjonalizmu w medycynie, włączając w nie społeczną odpowiedzialność biznesu i współpracę z menedżerami dla dobra pacjentów, a także systemu ochrony zdrowia.

Analiza programów nauczania na studiach medycznych oraz rozmowa z byłym prorektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego wskazują, że treści odnoszące się do zarządzania pojawiły się w ww. programach stosunkowo niedawno, miewają charakter fakultatywny, nie wprowadzono ich także na wszystkich uczelniach. Natomiast bardzo duża liczba szkół wyższych oferuje studia podyplomowe zarządzania w ochronie zdrowia (zarządzania opieką zdrowotną, zarządzania placówkami ochrony zdrowia itp.) osobom, które chciałyby zdobyć taką wiedzę, niekoniecznie lekarzom. Pierwsze tego typu kursy odbyły się ponad 20 lat temu (oferowane przez uniwersytety Jagielloński i Warszawski). Dobrym przykładem na docenienie roli zarządzania w ochronie zdrowia w Polsce, co nie jest jednak tożsame z zarządzaniem w odniesieniu do medycyny, są wyniki konkursu, jaki Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło wiosną 2012 na studia podyplomowe mające na celu pod-

niesienie jakości zarządzania⁴. Łącznie złożono 86 wniosków (2 wycofano) o wartości ponad 81 mln PLN⁵. Wstępnie do dalszych rozmów zakwalifikowano 14 ofert. Po zwiększeniu wartości programu z 18 do 28 mln PLN, liczbę oferentów, z którymi prowadzone miałyby być negocjacje zwiększono z 14 do 24⁶. Obecnie nie wiadomo jeszcze jednak, jak będzie przebiegało kształcenie, w ramach ww. kursów i jakie będą jego efekty dla systemu.

Stanowisk, które wg przywoływanej powyżej nomenklatury brytyjskiej można zakwalifikować jako *medical managers*, jest w obu krajach kilka. Do tej kategorii zaliczyć można osoby zarządzające zakładami opieki zdrowotnej/podmiotami udzielającymi świadczeń leczniczych, czyli kierowników zakładów opieki zdrowotnej – według polskiej nomenklatury określonej w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (Ustawa, 1991) – zwanych powszechnie dyrektorami. O ile w Polsce osoby te mają w pierwszym rzędzie wykształcenie medyczne (w zdecydowanej większości – lekarskie), o tyle w Wielkiej Brytanii liczba lekarzy pełniących tę funkcję jest ograniczona. Mianem *medical managers* z pewnością można określić osoby będące dyrektorami ds. leczenia (inne nazwy w Polsce: dyrektorzy medyczni/ds. medycznych lub zastępcy dyrektorów do ww. spraw).

W latach dziewięćdziesiątych XX wieku w Wielkiej Brytanii wprowadzono nieznaną w Polsce funkcję, tj. *clinical director* (osoba kierująca dyrektoriatem klinicznym). Jest to osoba, której zakres obowiązków i miejsce w hierarchii szpitala najbardziej odpowiada funkcji ordynatora w Polsce. Jest ona zatrudniona na tym stanowisku na części etatu, mając także inne (kliniczne) obowiązki – podobnie jak w Polsce. Choć na stanowisko to mianuje dyrektor szpitala, kandydat musi uzyskać uznanie innych lekarzy (Fitzgerald i Ferlie, 2000; Thorne, 2002).

W Polsce, oddziałem kierują przede wszystkim ordynatorzy (rzadziej: kierownicy oddziału, koordynatorzy). Jak twierdzi Labon (2001), pracę ordynatora cechuje swoboda, np. w planowaniu działania podległego personelu, a więc duży zakres możliwości kierowania zachowaniami lekarzy, co jest wynikiem braku ujednoliconych, klinicznych algorytmów postępowania, braku norm zatrudnienia, a (do niedawna) także niewielkiego związku zachodzącego między wynikami finansowymi a wykonywaną pracą. Związek taki może zostać stworzony, o ile w szpitalu zostanie wprowadzono system wewnętrznego budżetowania (por. poniżej).

Jak podaje Kubot (2001), w sferze leczenia chorych ordynatorowi przysługuje autonomia. W praktyce natomiast trudno oddzielić tę sferę od powinności reprezentowania pracodawcy na oddziale (zarządzania nim), co sprawia, że autonomia ordynatora jest niezwykle szeroka. Dodatkowo, w wyniku wygrania konkursu, ordynator może pełnić swoją funkcję przez 6 lat (co zostało ustanowione art. 44a. ww. ustawy o zoz-ach), a w niektórych przypadkach 8 lat (jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego ordynatorowi brakuje 2 lata). Rozwiązanie z nim stosunku pracy może nastąpić w drodze porozumienia stron bądź też bez wypowiedzenia w oparciu o artykuły 52,

53 i 55 kodeksu pracy (Ustawa, 1974), to jest wyłącznie w wyniku utraty przez niego uprawnień koniecznych do wykonywania zawodu, ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych, popełnienia przez niego przestępstwa lub niezdolności do pracy wskutek choroby. Oznacza to, wg Kubota (2001), że zatrudnienie ordynatora cechuje się ogromną stabilnością nietypową dla pracowników zajmujących kierownicze stanowiska w innych sektorach w Polsce.

W przypadku ordynatora oraz dyrektora medycznego, dyrektor szpitala ogłasza konkurs na te stanowiska. Polską specyfiką jest to, że oceniającymi w komisji konkursowej są przedstawiciele wielu organizacji (np. związków zawodowych, izb lekarskich, wojewody itp.). Podobnie ma to miejsce w przypadku konkursu na stanowisko dyrektora szpitala, które ogłasza organ założycielski takiej jednostki (Rozporządzenie, 1998). Takie rozwiązanie sprawia, że możliwości dyrektora w dobieraniu sobie zespołu klinicznego są mocno ograniczone. Warto odnotować, że wśród osób, z którymi prowadzono wywiady na potrzeby omawianego badania, tylko prezes okręgowej izby lekarskiej uznał, że takie rozwiązanie jest celowe, gdyż pozwala na kontrolę stowarzyszenia zawodowego (izby) tego, kto jest zatrudniany na ww. stanowiska.

W Wielkiej Brytanii dyrektorzy kliniczni i ich zespoły odpowiadają za świadczenie usług, budżet, zapewnienie obsady stanowisk, a także kontraktowanie i marketing usług świadczonych przez dyrektoriat. Dyrektoriaty te obecnie pracują w oparciu o roczne budżety sięgające od 15 do 45 mln £ (Audit Commission, 2007), przy czym dyrektorzy kliniczni nie są odpowiedzialni za ewentualne długi (deficyty).

W Polsce, szpitale, w których wprowadzono system wewnętrznego budżetowania, tzn. przyznawania środków na poszczególne jednostki kosztów (oddziały) i uzyskiwanie zgód osób kierujących ww. jednostkami na nieprzekraczanie wartości przyznanych budżetów, miały lepsze wyniki w porównaniu z tymi, gdzie takich rozwiązań nie wprowadzono. Dowody na powyższe można znaleźć w literaturze (Baczewski i Haber, 2010), a tezę tę potwierdził także jeden z menedżerów, z którymi prowadzono wywiady w trakcie prowadzonych prac badawczych. W systemie wewnętrznego budżetowania, jeżeli oddziały nie przekraczają przyznanych budżetów, pracownicy otrzymują premie lub/i oddział bywa wyposażany w dodatkową aparaturę, co motywuje do większej dyscypliny finansowej. W zależności od wielkości i specjalności oddziału, jego budżet może wynosić od kilkuset tysięcy do kilku (rzadko kilkunastu) milionów złotych.

W tab. 1 przedstawiono zestawienie pokazujące role *medical managers* odgrywane przez lekarzy w Wielkiej Brytanii i w Polsce.

Mimo wzmiankowanych różnic, jakie występują między omawianymi krajami, można wskazać także na podobieństwo dotyczące dyrektorów medycznych, dyrektorów klinicznych/ordynatorów. W obu przypadkach stanowiska te zajmują lekarze z wieloletnim doświadczeniem. Odpowia-

dają bezpośrednio przed dyrektorem/dyrektorem ds. medycznych. W obu przypadkach o zatrudnieniu takiej osoby decydują dyrektorzy (CEOs), choć w przypadku polskim (jak wspomniano), istotny wpływ na obsadę ww. stanowisk mają różne organizacje.

Wielka Brytania	Polska	Uwagi
Dyrektor szpitala (CEO) (ograniczona liczba lekarzy pełni tę funkcję)	dyrektor szpitala/ /prezes spółki zarządzającej szpitalem (ograniczona, choć rosnąca liczba nie-lekarzy pełni tę funkcję)	<ul style="list-style-type: none"> – brak formalnych (prawnych) wymagań zarządczych lub kwalifikacji dla lekarzy, którzy mieliby zająć to stanowisko (w obu systemach) – szpitale określają własne kryteria, kiedy ogłaszają nabór (konkurs) na to stanowisko; w przypadku Polski ukończenie kursów (studiów) zarządczych/ /certyfikat posiadania stosownych kwalifikacji zarządczych jest zwykle jednym z wymogów
Dyrektor medyczny (MD)	dyrektor medyczny (z-ca dyrektora ds. medycznych/ /lecznictwa) (MD)	<ul style="list-style-type: none"> – w obu krajach jest to pozycja na szczycie zarządu szpitala – w Wielkiej Brytanii dyrektor jest odpowiedzialny za stworzenie i wdrożenie strategii i standardów klinicznych, doradztwo kliniczne dla zarządu, bycie łącznikiem między zarządzającymi a lekarzami, a także między szpitalem a opieką podstawową, a także innymi organizacjami – role i wpływ dyrektorów medycznych w Wielkiej Brytanii różnią się znacząco (Giordano, 2010; Kirkpatrick et al., 2009) – w Polsce brak jest regulacji dotyczących roli dyrektora medycznego; musi on być powoływany, o ile dyrektor szpitala (podmiotu prowadzącego działalność leczniczą) nie jest lekarzem; zadania i odpowiedzialność dyrektora medycznego reguluje opis stanowiska pracy lub/i statut szpitali; także w przypadku Polski występują różnice w sposobie określania powyższego
Dyrektor kliniczny (ang. <i>Clinical Director</i> – CD) (pełnienie tej funkcji często jest ograniczone do ok. 3 lat)	ordynator oddziału (zwykle piastowana 6–8 lat lub wielokrotność tego okresu)	<ul style="list-style-type: none"> – zadania dyrektora klinicznego dotyczą nadzoru nad wykonywanymi usługami, budżetem, zapewnienie obsady stanowisk, a także kontraktowania i marketingu usług świadczonych przez dyrektoriat – pełnienie funkcji ordynatora nie zawsze wiąże się z odpowiedzialnością finansową za wyniki oddziału kierowanego przez ordynatora; jednak dobre wyniki oddziału przekładają się na różnego rodzaju korzyści (np. wypłatę dodatkowych wynagrodzeń, skłonność dyrekcji do zakupu aparatury medycznej, czy dodatkowego zatrudnienia)

Tab. 1. Zestawienie funkcji medical managers pełnionych przez lekarzy w systemie polskim i brytyjskim. Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone badania wykazały, że w obu krajach występują zarówno podobieństwa, jak i różnice w sposobie, w jaki lekarze odnoszą się do podejmowania ról zarządczych (tzn. bycia *medical managers*).

W Wielkiej Brytanii lekarze od lat opierali się takiemu zaangażowaniu (Ham i Dickinson, 2008; Harrison i in., 1992). Niewielu dyrektorów szpitali miało wykształcenie medyczne (Spurgeon i in., 2011). Niewielu lekarzy miało pozytywne nastawienie do podjęcia roli dyrektora medycznego (McKee i in., 1999; Fitzgerald, 1994; Forbes i in., 2004), wielu natomiast podchodziło do tego z niechęcią (Dopson, 1996; Fitzgerald i Ferlie, 2000; Forbes i in., 2004; McKee i in., 1999). Natomiast w Polsce przez wiele lat pozycję dyrektora szpitala piastowali wyłącznie lekarze, choć wielu z nich było bardziej zainteresowanych funkcją ordynatora. Jeden z menedżerów, z którym przeprowadzono wywiad na potrzeby omawianego badania stwierdził, że bycie ordynatorem daje znaczny wpływ w szpitalu, przez co jest bardziej atrakcyjne dla lekarzy. Taka potrzeba posiadania wpływu nie jest widoczna wśród dyrektorów medycznych w Wielkiej Brytanii, w odróżnieniu od tego, co ma miejsce w USA, gdzie lekarze pełniący funkcje zarządcze taką potrzebę przejawiają (Hoff, 1998; Montgomery, 2001).

Wzmiankowaną niechęć do podejmowania ról zarządczych przez *medical managers* w Wielkiej Brytanii można przypisać, prócz innych czynników, negatywnemu wpływowi na relacje między lekarzami oraz napięciami, jakie pojawiały się między dyrektorami medycznymi i innymi lekarzami (Allen, 1995; Fitzgerald, 1994; Fitzgerald i Ferlie, 2000; Thorne, 1997). Do napięć dochodzi (dochodziło) także na linii: dyrektorzy medyczni – menedżerowie (ang. *general managers*). Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii na próbie 445 dyrektorów klinicznych wykazało, że ww. dyrektorzy byli najbardziej niezadowoleni z relacji kliniczno-zarządczych, braku autonomii oraz konieczności zaangażowania w decyzje menedżerskie (Davies i in., 2003). Wydaje się, że w Wielkiej Brytanii utrzymanie przez lekarzy dobrych relacji w obrębie swojej grupy zawodowej jest najistotniejszym czynnikiem wpływającym na ich decyzje. Brak jest jakichkolwiek zachęt do podejmowania ról menedżerskich, czy to ze względu na dalszy przebieg kariery zawodowej, czy też ze względów finansowych (Forbes i in., 2004; Ham i Dickinson, 2008).

Dla kontrastu, były prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum stwierdził, że przez długi czas ordynatorzy oddziałów w Polsce cieszyli się bardzo szeroką autonomią i stałością zatrudnienia, co potwierdza przytaczane powyżej twierdzenia Labona (2001) i Kubota (2001). Wspomniany prorektor oraz menedżer szpitala zauważyli, że dawniej podejmowanie funkcji zarządczych przez lekarzy w Polsce było dla nich bardzo atrakcyjne i wiązało się z poszerzeniem posiadanej władzy i ze zwiększeniem ich zarobków, które przez wiele lat były bardzo niskie (Dent, 2003; Whitfield i in., 2002). Przywoływany menedżer stwierdził także, iż podejmując decyzję o zostaniu ordynatorem, lekarze, licząc na wpływy i zarobki, nie chcą jednak przejmować odpowiedzialności, z jaką wiąże się ta rola, co

ma związek z poczuciem solidarności zawodowej występującej w tej grupie. Powyższe oznacza, że ordynatorzy raczej będą wspierać działania swoich kolegów-lekarzy i utrzymywać status quo niż wprowadzać niezbędne zmiany. Dowody na takie zachowanie można także znaleźć w przypadku systemu brytyjskiego. McKee i in. (1999) wprowadzili typologię dyrektorów medycznych, klasyfikując ich jako tradycjonalistów oraz skłonnych dzielić się władzą. Według przywoływanych autorów większość dyrektorów medycznych mieści się w kategorii tradycjonalistów, utrzymujących status quo oraz dobre relacje z innymi lekarzami. Zaobserwowano przypadki trybalizmu przy próbach wprowadzania zmian w szpitalu (Bate, 2000).

Historycznie biorąc, określając podejście do zarządzania wśród lekarzy w publicznych szpitalach w Polsce i Wielkiej Brytanii, można stwierdzić, że nie są mają oni poczucia, iż zarządzanie jest dla nich istotne i starają się ochronić swoją pracę przed nadzorem, czy „wtargnięciem” ze strony menedżerów (Anthony i Young, 1988; Degeling, 2001; Waring i Currie, 2009). Wydaje się, że dobrym miernikiem tej niechęci do zarządzania wśród lekarzy w Polsce jest ich negatywne nastawienie do akredytacji szpitali (Kautsch i Lewandowski, 2009), czyli procesu, który wprowadza standardy postępowania i klinicznego i nieklinicznego.

Analiza literatury oraz zebrane dane pierwotne wskazują, że zmienia się nastawienie lekarzy do zaangażowania się w zarządzanie. W Wielkiej Brytanii stwierdzono większe zaangażowanie lekarzy w planowanie usług zdrowotnych (Khera i in., 2001; Levenson i in., 2008). Niedawne badania (Giordano, 2010) pokazują, że dyrektorzy medyczni i kliniczni są w stanie współpracować z menedżerami w kwestii jakości opieki. Audit Commission (2007) stwierdziła także, iż lekarze darzą większym szacunkiem osoby zajmujące się finansami niż menedżerów (ang. *general managers*), aczkolwiek lekarze mają poczucie frustracji wynikające z tego, że osoby pracujące w działach finansowych nie w pełni rozumieją cele kliniczne i presję, pod jaką pracują lekarze. Dane zebrane w trakcie prac nad pracą doktorską brytyjskiej współautorki niniejszego tekstu wskazują także, iż uczestnictwo we wzmiankowanych programach przywództwa klinicznego zmienia postawę lekarzy i są oni bardziej skłonni do podejmowania ról zarządczych, poprawia się też współpraca z innymi zdrowotnymi zawodami profesjonalnymi (ang. *health professionals*), a także z menedżerami, stanowiąc podstawę do współpracy „międzyzawodowej”.

O zmianie nastawienia lekarzy do podejmowania roli menedżerskich można mówić i w przypadku Polski. Zmiana ta ma związek z nowymi warunkami pracy, jakie powstały w ostatnich latach w sektorze ochrony zdrowia. Spora liczba lekarzy podejmuje decyzję o samozatrudnieniu, łączą się też w grupy z innymi lekarzami, oferując swoje usługi szpitalom (np. anestezjologzy). Rozwiązanie to jest zbliżone do tego, jakie występuje w holenderskiej opiece zdrowotnej, gdzie szpitale podpisują kontrakty z lekarzami na zasadzie opłaty za usługę (ang. *fee-for-service*), co stwarza niewielką motywację

cję do zaangażowania w zarządzanie (Neogy i Kirkpatrick, 2009). Wywiady przeprowadzone w Polsce potwierdzają tę tezę. Jednocześnie wzrost liczby szpitali niepublicznych (w tym przede wszystkim prywatnych) wydaje się czynnikiem prowadzącym do poprawy relacji między lekarzami i menedżerami. W wywiadzie, jakiego udzieliła osoba kierująca prywatnym szpitalem (mająca wcześniejsze doświadczenia w zarządzaniu publiczną placówką), czytamy, że w jednostkach publicznych lekarze mają silnie rysujące się poczucie podziału w relacjach z menedżerami („my–oni”). Natomiast lepsze relacje na tej linii występują w szpitalach prywatnych, co ma związek z tym, że są to jednostki mniejsze, łatwiej jest w nich prowadzić „politykę otwartych drzwi”, a dyrektor i personel kliniczny częściej rozmawiają ze sobą, przez co problemy mogą być szybciej rozwiązane. W opinii przywoływanej menedżerki, w szpitalach prywatnych lekarze rozumieją, że dobre zarządzanie jest kluczowe dla przetrwania organizacji, sami inicjują niezbędne zmiany, akceptują zmiany i są bardziej skłonni do współpracy zarówno między sobą, jak i z menedżerami. Kirkpatrick i in. (2008) stwierdzili, że w Wielkiej Brytanii, w przypadkach, kiedy relacje między menedżerami i lekarzami były dobre, dyrektorzy byli dla tych ostatnich bardziej dostępni i komunikacja była regularna.

Przywoływany był prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum stwierdził, że następuje zmiana dotycząca tego, kto zostaje ordynatorem. W miejsce politycznych koneksji, które kiedyś były podstawą do zatrudniania, obecnie istotne są kompetencje takiej osoby. W efekcie ordynatorami zostają coraz młodsze osoby (czterdziesto-, pięćdziesięciolatekowie), podczas gdy wcześniej ordynatorami zostawali pięćdziesięcio- i sześćdziesięciolatekowie. Jednocześnie lekarze, jeżeli obejmują takie stanowisko, traktują je raczej jako pewien etap rozwoju zawodowego niż jego etap docelowy, jak to miało miejsce wcześniej. Ten sam respondent podkreślił przy tym, że lekarze w coraz mniejszym stopniu interesują się zajmowaniem stanowisk kierowniczych (dyrektor szpitala, dyrektor medyczny, ordynator), ponieważ obecnie są w stanie uzyskiwać wyższe przychody z tytułu pracy tylko klinicznej. Zarobki lekarzy zdecydowanie wzrosły w ciągu ostatnich kilku lat, co było rezultatem emigracji lekarzy do krajów przede wszystkim Unii Europejskiej (Kautsch i Czabanowska, 2011) oraz silnego wzrostu gospodarczego Polski, dzięki któremu możliwe było przeznaczanie większych środków na ochronę zdrowia. Składka zdrowotna jest bowiem pochodną pensji, co w przypadku ich zwiększenia oraz zmniejszenia się bezrobocia w sposób istotny wpływa na wielkość środków, jakie ma do dyspozycji publiczny płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz gospodarstwa domowe. Wzrasta także akceptacja płacenia za usługi medyczne (Dziennik Gazeta Prawna, 2012), co przyczynia się do zwiększenie puli środków prywatnych wydawanych na opiekę zdrowotną. Przywoływana dyrektorka prywatnego szpitala zauważyła, że właściciele prywatnych szpitali są mniej skłonni do tworzenia stanowisk ordynatorów oddziałów. W ich miejsce zatrudniają raczej „lekarzy kierujących oddziałem” lub kierowników oddziałów (niekoniecznie lekarzy).

Na wzmiankowane pozycje mogą bowiem sami mianować pracownika (nie muszą ogłaszać konkursu). Osoba taka (kierownik, osoba kierująca) nie ma takiej władzy, jak ordynator w szpitalu publicznym. Jak dotąd, z mocy prawa, ordynatorem może być bowiem tylko lekarz. W niektórych szpitalach, w tym także publicznych, role menedżerskie są obecnie podejmowane przez pielęgniarki (Twardowska, 2010; Frey, 2010), bywa że odnoszą one przy tym duże sukcesy (Twardowska, 2012). Nie jest to powszechne zjawisko w szpitalach, lecz widać tendencję zwyżkową, a znacznie mniejsze zainteresowanie lekarzy pozycją ordynatora sprawia, że obecnie pielęgniarki mogą obejmować funkcje menedżerskie.

Dyskusja i wnioski

W obu systemach ochrony zdrowia występują podobne tendencje, to znaczy wzrost znaczenia relacji rynkowych. Systemy ewoluują, co wymusza (powinno wymuszać) zmianę sposobu zarządzania nimi. Należy przy tym pamiętać, że mimo wzmiankowanego podobieństwa przez wiele lat systemy te zarządzane były przez osoby wywodzące się z odmiennych środowisk. W Wielkiej Brytanii na czele szpitali stali przede wszystkim nie-lekarze, w Polsce – to właśnie lekarze piastowali najwyższe stanowiska zarządcze. W przypadku obu krajów nie było (nie ma) przy tym formalnego wymogu posiadania kwalifikacji zarządczych do zajmowania stanowiska dyrektora szpitala, co ma miejsce, np. we Francji. Bez względu na ww. wymóg, pełniąc funkcję dyrektora szpitala, dyrektora medycznego czy ordynatora oddziału (dyrektora klinicznego) w zakresie obowiązków lekarzy były decyzje zarządcze, odgrywali więc oni role menedżerskie.

Podejmowanie ról zarządczych przez lekarzy jest w polskiej literaturze opisane w sposób zdecydowanie bardziej ubogi niż w przypadku literatury brytyjskiej, czy też innych krajów europejskich. Oznaczać to może, iż w Polsce nie przywiązuje się do ww. kwestii specjalnej wagi. Mimo to analiza zebranego materiału, w tym przeprowadzonych wywiadów, pozwala stwierdzić, że w obu badanych krajach lekarze odgrywają podobne role menedżerskie, choć z różnym zakresem odpowiedzialności, szczególnie jeżeli chodzi kwestie finansowe.

Należy także odnotować zmianę, jaka następuje w obu krajach w odniesieniu do zaangażowania lekarzy w pełnienie funkcji zarządczych. W Wielkiej Brytanii wcześniejszą niechęć zastępuje stopniowe zaangażowanie. Przy wsparciu polityki państwa i działań ze stron polityków, by zaangażować lekarzy w działania menedżerskie w Wielkiej Brytanii, mimo oporu ze strony lekarzy, pojawiają się sygnały, że wcześniejsze nastawienie lekarzy do zarządzania ulega zmianie. Dzieje się tak, między innymi, dzięki wprowadzeniu do pojęcia profesjonalizmu medycznego odpowiedzialności za projektowanie i realizację usług zdrowotnych oraz woli współpracy z menedżerami oraz innymi zawodami ochrony zdrowia (Royal College of Physicians, 2005).

W przypadku Polski wcześniejsze zaangażowanie lekarzy w role zarządcze wynikało z możliwości sprawowania władzy w szpitalu. Biorąc jednak pod uwagę przywoływaną niechęć lekarzy do akredytacji (Kautsch i Lewandowski, 2009), można mówić przede wszystkim o niechęci do podporządkowania się standardom i brania odpowiedzialności. Jednak i w Polsce następuje zmiana postaw, przy czym zmiana ta polega na zmniejszeniu zainteresowania podejmowaniem ról zarządczych. Można to przypisać nowym rozwiązaniom dotyczącym sposobów pozyskiwania pracy (przechodzenia lekarzy na zatrudnienie w oparciu o umowy cywilno-prawne w miejsce etatowego), czy nowych warunków zarządzania szpitalami. W tym ostatnim przypadku za istotne czynniki należy uznać rosnącą rolę sektora niepublicznego i zmianę polityki zakupu usług przez publicznego płatnika (kontraktowanie usług poza szpitalami, kontraktowanie z jednostkami prywatnymi). W miejsce wyjątkowo stabilnych posad ordynatorów oddziałów, pojawiają się nowe możliwości zarabkowania, związane wyłącznie z wykonywaniem pracy klinicznej. Bardzo duża autonomia i władza, jaka związana jest z pełnieniem tej funkcji wydaje się tracić na atrakcyjności, a przez to role zarządcze stają się mniej atrakcyjne dla lekarzy. Może to spowodować zamykanie się tej grupy zawodowej na współpracę z innymi grupami i obronę uzyskanych przywilejów finansowych. Będzie to konserwować niechęć do zarządzania, przez co polscy lekarze nabiorą podobnego nastawienia do zarządzania, jakie kiedyś prezentowali lekarze w Wielkiej Brytanii. Powyższe będzie wpływało na koszty opieki, które – jak można założyć – mogą rosnać, w związku z brakiem przywiązania do kwestii zarządczych, myślenia w kategoriach dobra organizacji jako całości itp.

Zmieniające się warunki (coraz większa liczba prywatnych szpitali) mogą w jakimś stopniu skłaniać lekarzy do współpracy z menedżerami i innymi grupami profesjonalnymi. Mając na względzie konieczność włączania lekarzy w pracę zarządczą i pozytywne efekty, jakie ono przynosi, warto więc podjąć kroki, które mogłyby wywołać (wzmocnić) zmianę nastawienia do zarządzania także w Polsce. Ma to tym większe znaczenie, że – jak podano powyżej – w przypadku Wielkiej Brytanii taka zmiana zajęła sporo czasu.

Przypisy

- ¹ Niniejszy artykuł powstał w ramach projektu COST Action IS0903 „Enhancing the Role of Medicine in the Management of European Health Systems – Implications for Control, Innovation and User Voice”, <http://www.dr-in-mgmt.eu/>, i jest efektem krótkich misji naukowych (Short Time Scientific Missions), jakie odbyli autorzy.
- ² Por. np. Studenckie Koło Naukowe Menedżerów Medycznych działającego przy Katedrze Strategii Marketingowych Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Poyzskano z: http://www.mm.ue.poznan.pl/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=5&Itemid=30, (26.06.2012).
- ³ Por. np. <http://www.pracuj.pl/praca/menedzer-medyczny-lublin,oferta+archiwalna,2516685>, (26.06.2012).
- ⁴ Ministerstwo Zdrowia, *Konkurs zamknięty nr MZ_2.3.4_1_2012 w ramach Podziałania 2.3.4 – „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania*

- w *ochronie zdrowia*". Pozyskano z: http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-2-1786-Konkurs_zamkniety_nr_MZ_234_1_2012_w_ramach_Poddzialania_234_%E2%80%9393_%E2%80%9393Rozwoj_kwalifikacji_kadr_sluzacy_podniesieniu_jakosci_zarzadzania_w_ochronie_zdrowia%E2%80%9393D.html (11.07.2012).
- ⁵ Ministerstwo Zdrowia, *Komunikat dot. konkursu MZ_234_1_2012*. Pozyskano z: http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-2-1829-Komunikat_dot_konkursu_MZ_234_1_2012.html (11.07.2012).
- ⁶ Ministerstwo Zdrowia, *Zwiększenie alokacji na konkurs MZ_234_1_2012*. Pozyskano z: http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-2-1859-Zwiekszenie_alokacji_na_konkurs_MZ_234_1_2012.html (11.07.2012).

Bibliografia

- Anthony, R.N. i Young, D.W. (1998). *Management Control in Nonprofit Organizations*. Irwin, Homewood, Illinois: McGraw-Hill, s. 66–67.
- Audit Commission. (2007). *A prescription for partnership: engaging clinicians in financial management*. London.
- Baczewski, J. i Haber, M. (2010). Budżetowanie szpitala powiatowego. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Bate, P. (2000). Changing the culture of a hospital: From hierarchy to networked community. *Public Administration*, 78(3), <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9299.00215>, s. 485–512.
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. (2011). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2011*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Degeling, P., Kennedy, J. i Hill, M. (2001). Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management – the central challenge in hospital reform. *Health Services Management Research*, 14, <http://dx.doi.org/10.1258/0951484011912519>, s. 36–48.
- Dent, M. (2003). *Remodelling hospitals and health professionals in Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Dopson, S. (1996). Doctors in management: a challenge to established debates. W: L. Leopold, I. Glover i M. Hughes (red.), *Beyond Reason: The National Health Service and the Limits of Management* (s. 173–188). Aldershot: Avebury.
- Dopson, S. (2009). Changing forms of Managerialism in the NHS: Hierarchies, markets and networks. W: J. Gabe i M. Calnan, (red.), *The New Sociology of the Health Service*. London: Routledge.
- Dziennik Gazeta Prawna. (2012). Zdrowie w Polsce jest kosztowne. Na leczenie wydajemy ponad 600 złotych rocznie z własnej kieszeni, 11 lipca. Pozyskano z: http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/631860,zdrowie_w_polsce_jest_kosztowne_na_leczenie_wydajemy_ponad_600_zlotych_rocznie_z_wlasnej_kieszeni.html, (11.07.2012).
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. i Pettigrew, A.M. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Fitzgerald, L. (1994). Moving clinicians into management: a professional challenge or threat?. *Journal of Management in Medicine*, 8(6), <http://dx.doi.org/10.1108/02689239410073420>, 32–44.
- Fitzgerald, L. i Ferlie, E. (2000). Professionals: Back to the Future. *Human Relations*, 53(5), <http://dx.doi.org/10.1177/0018726700535005>, 713–739.
- Forbes, T., Hallier, J. i Kelly, L. (2004). Doctors as managers: Investors and reluctant in a dual role. *Health Services Management Research*, 17, <http://dx.doi.org/10.1258/0951484041485638>, 167–176.

- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Policy and Prophecy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Frey, D. (2010). Pielęgniarka oddziałowa nie do zastąpienia. *Rzeczpospolita*, 18 czerwca. Pozyskano z: <http://www.rp.pl/artykul/495492.html>, (07.07.2012).
- Giordano, R. (2010). *Leadership needs of medical directors and clinical directors*, London: The Kings Fund.
- Hafferty, F.W. i Light, D.W. (1995). Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, Extra Issue, <http://dx.doi.org/10.2307/2626961>, 132–153.
- Ham, C. i Dickinson, H. (2008). *Engaging doctors in leadership: What can we learn from international experience and research evidence?*. Warwick: NHS Institute.
- Harrison, S., Hunter, D.J., Marnoch, G. i Pollit, C. (1992). *Just Managing: Power and Culture in the National Health Service*. Basingstoke: Macmillan.
- Hoff, T.J. (1998). Physician executives in managed care: Characteristics and job involvement across two career stages. *Journal of Healthcare Management*, 43, 481–497.
- Kaczor, A. i Kautsch, M. (2011). Rok 2008 – zmiana trendów inwestycyjnych w ochronie zdrowia?. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, 39, s. 108. Bydgoszcz.
- Kautsch, M. (2008). *Analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zakładach opieki zdrowotnej podległych Województwu Dolnośląskiemu*. Niepublikowany raport. Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego.
- Kautsch, M. i Czabanowska, K. (2011). When grass gets greener at home: Poland's changing incentives for health professional mobility. W: M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault i J. Figueras (red.), *Health Professional Mobility and Health System, Evidence from 17 European countries*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- Kautsch, M. i Lewandowski, R. (2009). Stosowanie wybranych planów trwale obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej. W: R. Lewandowski, R. Walkowiak i M. Kautsch (red.), *Współczesne wyzwania menadżerskie w ochronie zdrowia* (s. 65). Olsztyn: Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania.
- Khera, N., Stroobant, J., Rimhak, R.A., Gupta, R. i Davies, H. (2001). Training the ideal Hospital doctor. *Medical Education*, 35(10), <http://dx.doi.org/110.1111/j.1365-2923.2001.01019.x>, 957–966.
- Kirkpatrick, I., Shelly, M.S., Dent, M. i Neogy, I. (2008). Towards a „productive” relationship between medicine and management: reporting from a national inquiry. *International Journal of Clinical Leadership*, 16(1), 27–35.
- Kubot, Z. (2001). Status ordynatora. *Prawo i Medycyna*, 3(10), 76, 86.
- Labon, M. (2001). Lekarze wobec akredytacji. *Służba Zdrowia*, 7–8.
- McKee, L., Marnoch, G. i Dinnie, N. (1999). Medical Managers: Puppet Managers or Puppets? Sources of Power in Clinical Directorate's. W: A. Mark i S. Dopson (red.), *Organisational Behaviour in Health Care: The Research Agenda*. Basingstoke: Macmillan, Press Ltd.
- Ministerstwo Zdrowia. (2010). *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010 (wrzesień)*. Warszawa, s. 3.
- Montgomery, K. (2001). Physician executives: The evolution and impact of a hybrid profession. *Advances in Healthcare Management*, Issue 2, 215–241.
- Neogy, I. i Kirkpatrick, I. (2009). *Medicine and management: Lessons across Europe*. CIHM: University of Leeds.
- Organization for Economic Co-operation and Development. OECD. Pozyskano z: <http://stats.oecd.org/index.aspx>, (12.01.2011).

- Royal College of Physicians. (2005). *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World*, London.
- Ryć, K. i Skrzypczak, Z. (2009). Finansowanie systemu ochrony zdrowia w wybranych krajach „starej” i „nowej” Unii Europejskiej. W: R. Lewandowski i R. Walkowiak (red.), *Współczesne wyzwania strukturalne w ochronie zdrowia*. Olsztyn: Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego.
- Spurgeon, P., Clark, J. i Ham, C. (2011). Medical Leadership: Towards cultural acceptance and the future. W: P. Spurgeon, J. Clark i C. Ham (red.), *Medical Leadership: from the dark side to centre stage* (s. 128–133). London: Radcliffe Publishing.
- Thorne, M.L. (1997). Being a clinical director: First among equals or just a go-between?. *Health Services Management Research*, 10, 205–215.
- Thorne, M.L. (2002). Colonizing the new world of NHS management: the shifting power of professionals. *Health Services Management Research*, 15, <http://dx.doi.org/10.1258/0951484021912798>, 14–26.
- Twardowska, A. (2010). Pielęgniarki menedżerki. *GazetaPraca.pl*, 2 listopada. Pozyskano z: http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90440,8599292,Pielegniarki_menedzerki.html, (07.07.2012).
- Twardowska, A. (2012). Dług szpitala maleje dzięki pielęgniarkom. *Gazeta Wyborcza*, 30 kwietnia. Pozyskano z: http://m.wyborcza.pl/wyborcza/1,105226,11640825,Dlug_szpitala_maleje_dziek_pielegniarkom.html, (07.07.2012).
- Waring, J. i Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30(7), <http://dx.doi.org/10.1177/0170840609104819>, 755–778.
- Whitfield, M., Kautsch, M. i Hind, D. (2002). *TFR Report: A preliminary analysis of hospital cost and activity data UK / Poland as a feasibility for the development of a database of hospital information for hospital managers*. School of Health and Related Research, University of Sheffield (ScHARR). Report Series No: 4, ISBN 1 900752 35 2, ScHARR.

Przywoływane akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia (Dz.U.1993.76.363).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U.1998.115.749).
- Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997.28.153).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.1991.91.408).
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, (Dz. U.1998.21.94, Dz. U.1998.106.668, Dz. U.1998.113.717, Dz. U.1999.99.1152, Dz.U.2000.19.239, Dz.U.2000.43.489, Dz.U.2000.107.1127, Dz.U.2000.120.1268).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (MP.1995.29.341).